Le Numéro : 15 CENTIMES — N° 68 — 21 Décembre 1895. — 7 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN — Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY — Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER — Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE — Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE — Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER — Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE — Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ — Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

LES SIGNES EXTÉRIEURS DE LA FOLIE, par le Dr Legrain 501

OPOTHÉRAPIE PRATIQUE

Traitement de l'impaludisme par l'ingestion de rate et de moelle osseuse du bœuf, par Daniel Critzmann 507

ANALYSES

Dermatologie et Syphiligraphie : De la dermatose de Duhring, au cours de la grossesse, par M. Ch. Perrin. 508

Maladies des organes génito-urinaires : Du traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate, par M. Prjewalsky. 508

Rhinologie, Otologie, Laryngologie : Sur un cas de corne cutanée de l'oreille, par M. Coosemans 508

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Chirurgie du poumon, M. Bazy. — Des injections de sérum artificiel dans la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire, M. Pozzi. MM. Segond, Bouilly, Monod, Michaux, Peyrot, Terrier, Segond, Poirier, Th. Anger, Pozzi. — Fistule urétéro-vaginale. Urétéro-néo-cystostomie. Guérison, M. Routier. — Extirpation d'un anévrysme poplité, M. Pierre Delbet. . . CCXXI

Société anatomique : Epithélioma du larynx, M. Angelesco. — Malformations par oligamnios, M. Apert. — Achondroplasie, M. Apert. CCXXIII

Société médicale des Hôpitaux : Le méningisme chez l'enfant, M. Comby. M. Hayem. — Un cas de guérison de péritonite tuberculeuse par le lavage du péritoine avec l'eau stérilisée chaude, M. Rendu. MM. Siredey, Merklen, Rendu, Hayem, Siredey. — Bactériologie de la scarlatine, M. Lemoine. — Traitement de l'ictus laryngé par l'antipyrine, M. Merklen. — Un cas de mort par obstruction intestinale due à des matières fécales amoncelées dans le cæcum, M. Hirtz. M. Mathieu. CCXXIII

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie CCXXIII

HOPITAUX

Mutations dans les hôpitaux. — Par suite de la mise en disponibilité, pour cause de maladie, de M. Terrillon, chirurgien de la Salpêtrière, les mutations suivantes auront lieu dans les hôpitaux : M. Segond passe de la Maison de santé à la Salpêtrière ; M. Picqué passe de l'hospice d'Ivry à la Maison de santé ; M. Michaux, chirurgien des hôpitaux, devient chef de service à l'hospice d'Ivry.

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Ont obtenu :

Séance du 19 décembre

MM.	Totaux.
Jacquet . .	16 1/2—35 1/2
Létienne. .	17 —35
Bruhl . . .	19 —37

Séance du 20 décembre

MM.	Totaux.
Barbier . .	17 1/2—36 1/2
Lesage. . .	17 —35
de Gennes .	18 1/2—35 1/2

Concours de l'Internat. — Ont obtenu :

Séance du 20 décembre.

Sacrum. Manière d'intervenir, difficultés et accidents de l'inversion podalique.

MM.	Totaux.
Ulmann	15—44
Pédeprade (I. P.) . .	15—42
Luys (I. P.).	16—42
Ad. Mauger.	11—36
Laroche	18—44
Riffé (I. P.).	16—42
F. Monod (I. P.). . .	18—46
Ferron (I. P.). . . .	18—45
Minet.	18—39

Concours de l'Externat. — Ont obtenu :

Anatomie.

Séance du 19 décembre.

Tronc de la veine cave inférieure.

MM.	Totaux.
Juquelier. .	13 —24
Lopès . .	12 —22
H Mathieu.	7 —17
Jumelais. .	8 —14
Mainot. . .	14 —23
Lacasse . .	10 —23
Harlay. . .	8 —20
Léculier . .	11 —24
Lahovary. .	6 —15
Lepage. . .	5 —18
Lévi-Bram .	6 —11
Loiseau . .	14 —29 1/2
L. Leroux .	7 —17 1/2
Heller . . .	15 —27
Launay. . .	5 —12
Labussière.	10 1/2—22

Séance du 20 décembre.

Long et court supinateur.

MM.	Totaux.
Le Lorier .	9 —21 1/2
Javal. . . .	14 —24
Henriot . .	16 —27
Lœper . . .	19 1/2—37
Lobligeois .	14 —27 1/2
Ligerot . .	10 —26 1/2
Lambert . .	15 —24
L. Legrand.	16 1/2—33 1/2
M. Martial .	13 —22
Maricot . .	12 —23 1/2
Levêque . .	9 —21
Le Couëdic.	13 1/2—24 1/2
Judet . . .	13 —24
J. Heitz . .	17 1/2—36 1/2
Mahar . . .	13 —25
A. Lévy . .	3 —17
Lucas . . .	9 —20

Pathologie.

Séance du 18 décembre.

Signes et diagnostic de la fièvre scarlatine.

MM.	Totaux.
Cuissard . .	10 1/2—12 1/2
de Closmesnil. . . .	13 —26
Degrais. . .	9 —19
Cathelin . .	18 —27
Chalret-du-Rieu . . .	11 —24 1/2
Cotar. . . .	15 —31
Devilliers .	5 —20
Cottre . . .	9 —13
Delage . . .	11 —23 1/2
Delamare .	13 —26 1/2
Crotet . . .	11 1/2—24 1/2
De Lacroix de Lavalette.	15 —30
Diel	10 1/2—26 1/2
Doazan. . .	10 —19 1/2
Dubar . . .	8 —16
H. Dubois .	12 1/2—26 1/2
Couzin . . .	12 —24
Croisier . .	14 —30
Detot. . . .	13 1/2—26 1/2

Séance du 19 décembre.

Signes, diagnostic et traitement de l'hydrocèle vaginale.

MM.	Totaux.
Costes . . .	8 —17
Delaunay. .	10 —26
P. Darbois .	16 —30
Dardeau . .	14 —25
J. P. Dupuy	11 —26
Duhamel. .	5 1/2—10 1/2
Ducroquet .	17 —29
Deck. . . .	15 —29 1/2
Biard. . . .	14 —
Decherf . .	15 —33
Dausset . .	8 —19
Duc-Dodon.	11 —24
J. Desvaux.	16 —32
de Montille	7 —17
Demay. . .	7 — 9
Chalmette .	15 —27 1/2
Dionis du Séjour . . .	14 —27 1/2
Delucq. . .	8 —11
Deletré. . .	11 1/2—23 1/2
Courtellemont. . .	15 —29

Séance du 20 décembre.

Des adénites suppurées.

MM.	Totaux.
Guillermin	13 1/2
Degrenne	13 1/2
Blandin.	11
Delestre.	14
G. Bertrand. . . .	7
Birman.	7
d'Arbois de Jubainville.	6
Bluysen.	13
Baricaud	12
Cels	15
Chalochet.	16 1/2
Clerc	17 1/2
Fachatte	12
Forestier	11 1/2
Froussard.	13
H. Guillot. . . .	15
Hanotte.	13
Lagrange	12

NOUVELLES

Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès de Carthage (à Tunis). — La XVIIe section (hygiène et médecine publique) qui sera présidée cette année par M. le Dr Mauriac, inspecteur général de la salubrité à Bordeaux, rédacteur en chef du *Journal de médecine*, a mis à l'ordre du jour de ses travaux, en dehors des communications personnelles, la question suivante : Quels moyens peut-on employer pour empêcher la propagation des maladies contagieuses par les wagons de chemins de fer et les voitures publiques ?

Société médico-chirurgicale. — Ordre du jour de la séance du lundi 23 décembre 1895 : 1° M. Gautrelet : Du diagnostic urologique différentiel des troubles de circulation hépatique ; 2° M. Maurice Bloch : Sur la méthode des congénères dans la tuberculose. Présentation de malades ; 3° Election de deux Membres titulaires ; 4° Vote pour le renouvellement du Bureau pour l'année 1896.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

18 décembre 1895.

Chirurgie du poumon. — **M. Bazy.** Dans la réponse que j'avais faite à la communication faite par M. Tuffier le 13 novembre dernier, il y avait deux questions distinctes :

1° Une question que, faute d'un mot plus simple, j'appellerai une question historique et de nomenclature ;

2° La question de fond, la discussion de la valeur de son procédé, et sa comparaison avec la pleurotomie exploratrice au point de la facilité, de la bénignité, de l'efficacité.

Sur le premier point (l'historique et la nomenclature) je constate que j'ai reçu toute satisfaction, puisque M. Tuffier n'a pas répondu à mon argumentation et que, même dans le cours de la réponse qu'il a faite à la dernière séance, il a remplacé le mot de méthode par celui de procédé et même par celui de manière de faire, ce qui au fond est la même chose.

Sur le deuxième point, bénignité, facilité et efficacité du procédé et sa comparaison avec la pleurotomie, j'es-

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

DEPUIS QUATRE SIÈCLES : POUGUES est le souverain remède des Affections de l'Estomac.

Herpétisme : GRANULES DE FOWLER.
Atonie de l'estomac : GRANULES DE BAUME.
MÉTRITES : PÉRICOLS

père pouvoir vous démontrer que ses arguments n'ont pas une plus grande valeur.

Tout d'abord, je crois devoir rappeler qu'il ne s'agit ici que d'exploration de la plèvre et du poumon, et que tout ce qui n'est pas exploration de la plèvre et du poumon ne doit pas rentrer dans le sujet. Des sept interventions sur le poumon dont nous parle M. Tuffier, il n'y a que deux observations qui nous occupent, celles où il a fait le décollement pour explorer le poumon.

Ce premier point établi, je suis bien aise de constater que le camp des défenseurs des médecins augmente, puisque M. Tuffier vient à son tour s'y ranger, et ce n'est que justice : l'exploration chirurgicale de la plèvre et du poumon ne pouvant être qu'une exception, comme je l'ai dit le premier, et quelque plaisir que je puisse éprouver à voir se multiplier les occasions de faire l'exploration chirurgicale de la plèvre et du poumon.

Sur le fond de la question et sur la comparaison des deux procédés, intra et extrapleuraux, je constate que les affirmations catégoriques de M. Tuffier se sont changées en des formules moins tranchées; c'est ce qui me permet à mon tour d'adoucir la vivacité de mes arguments.

Je vais suivre M. Tuffier pas à pas dans cette argumentation.

Il commence par dire que l'incision de la plèvre est un pis-aller et est dangereuse, et que, deux observations, celle citée par M. Quénu et une autre qu'il nous a citée brièvement, le démontrent péremptoirement. Cette dernière est calquée directement sur celle de M. Quénu : il a employé le même procédé pour arrêter les phénomènes asphyxiques.

Cela fait deux observations où l'incision de la plèvre a été suivie de phénomènes asphyxiques, ce qui, pour lui, prouve que cette incision est dangereuse. Mais cela pourrait prouver tout simplement que l'on n'a pas pris dans cette incision toutes les précautions qu'elle exige.

A ces deux observations d'ouverture de la plèvre, je vais en opposer six et je pourrais même dire sept, où cette ouverture de la plèvre n'a pas donné lieu au plus petit incident. Vous en connaissez cinq, une de M. Ricard, une de M. Michaux, deux de M. Monod, la mienne. Total : cinq : la sixième va nous être fournie par M. Tuffier lui-même, ainsi que le prouve ce passage de la relation de l'opération de la résection du sommet du poumon pour tuberculose pulmonaire [1]. « Alors commence le travail délicat de décollement de cette plèvre pariétale. En dehors et en haut la libération est facile, en dedans au contraire, vous avez vu qu'à un moment donné la séreuse a cédé. » Malgré cet accident, le malade n'a pas éprouvé de grand trouble. « Un léger sifflement a indiqué que quelques centimètres cube d'air entraient dans la séreuse. »

M. Tuffier a appliqué le doigt, puis un tampon, et, dit-il, « il n'y a eu aucun accident ». Si le danger n'a pas été plus grand, ce n'est pas qu'il y eût des adhérences capables d'empêcher la rétraction du poumon. « Il n'y a pas trace d'adhérence entre les deux feuillets de la séreuse, dit M. Tuffier. » Bien plus, il a pris « l'organe avec une pince spéciale qui ménage la friabilité du tissu » mais qui n'en déchire pas moins la plèvre pariétale, d'où deuxième occasion de pneumothorax.

Jusqu'à la dernière séance, je pouvais me demander, après avoir lu la relation de cette opération, comment M. Tuffier pouvait avoir une si mauvaise opinion de l'ouverture chirurgicale de la plèvre. C'est probablement l'observation qu'il nous a rapportée et où il est question de ces accidents graves qui l'a fait changer d'avis. Mais pourquoi aussi, en face de ces accidents, n'a-t-il pas employé le procédé qui lui avait si bien réussi la première fois, c'est-à-dire pourquoi n'a-t-il pas mis le doigt, puis un tampon sur l'ouverture? C'est un procédé beaucoup moins compliqué, beaucoup moins dangereux, beaucoup plus expéditif et beaucoup plus sûr que celui qu'il a employé, de même que M. Quénu, et qui consiste à rechercher le poumon au moyen d'une pince à travers la brèche pleurale.

Mais il y a un autre enseignement à tirer de ce fait : c'est que le chirurgien le plus habitué peut effondrer facilement la plèvre en cherchant à la décoller.

Quoi qu'il en soit, je viens d'ajouter un sixième fait d'ouverture chirurgicale de la plèvre à ceux que nous avions publiés ici, et quand je vous disais que je pourrais en mettre un septième, je ne me trompais pas de beaucoup, puisque M. Tuffier a perforé la plèvre deux fois; donc son observation compte pour deux.

Je me bornerai à ces observations, ne voulant pas y mêler les faits de pneumothorax observés dans des conditions anatomiques et pathologiques autres que celles qui nécessitent l'exploration chirurgicale du poumon.

Ces conditions sont en effet de nature à rendre beaucoup moins grave l'incision de la plèvre, des adhérences pleurales étant presque toujours, sinon toujours, ainsi que l'ont fait remarquer MM. Berger et Terrier, la conséquence de lésions pulmonaires, même profondes. Dans tous les cas qui ont été cités ici, des adhérences existaient sur un point plus ou moins éloigné de celui où la plèvre pariétale a été incisée et même dans ceux où elle n'a pas été incisée.

Je ne m'attarderai donc pas à citer des faits de plaies pénétrantes de poitrine où le pneumothorax a été quantité négligeable, quoique ce pneumothorax soit plus grave que celui qui pourrait être déterminé par le chirurgien, ainsi que l'a établi du reste M. Delorme.

Il m'a suffi d'avoir prouvé par tous les faits acquis aux débats qu'en prenant des précautions, on peut, dans des conditions qui justifient l'exploration, ouvrir la plèvre sans faire courir de dangers aux malades.

Des deux procédés d'exploration, de celui qui consiste à mettre le doigt dans la plèvre, ou de celui qui consiste à explorer le poumon à travers la plèvre non incisée, lequel est le meilleur, lequel expose le moins aux causes d'erreur?

Il tombe sous le sens que, plus on veut avoir de sensations nettes, moins on doit interposer d'obstacles entre le doigt à explorer et l'objet qu'on veut explorer.

A défaut de ce raisonnement d'une éclatante simplicité, mes expériences seraient là pour prouver l'insuffisance de l'exploration à travers la plèvre décollée et non incisée, même pour des lésions situées à 2 centimètres et 2 cent. 1/2 de la surface du poumon, c'est-à-dire superficielles.

Pour nous prouver que la pleurotomie est insuffisante pour déceler des lésions, M. Tuffier nous cite son observation personnelle et celle de M. Quénu, Mais ces deux observations ne sont pas convaincantes, puisque, le malade asphyxiant, on a dû aussitôt refermer la plaie.

M. Ricard, M. Monod de leur côté incisent la plèvre, ne sentent rien et sont obligés d'avoir recours, qui au trocart, ce qui prouve, à l'encontre des idées de M. Quénu, l'utilité et l'innocuité de ces piqûres qui, à l'incision du poumon et à l'introduction du doigt. Dans ces cas viendra-t-on nous soutenir qu'on eût mieux senti si on n'eût pas incisé la plèvre, si on eût augmenté les obstacles? Lorsque, la plèvre ouverte, on ne sent rien, on sentira encore bien moins si on ne l'ouvre pas. Donc l'argument de l'impuissance de l'exploration s'applique bien plus au procédé extra-pleural, et le premier est puissant quand le second est impuissant.

Pour nous prouver néanmoins que le procédé du décollement est efficace, M. Tuffier nous cite son cas, il nous cite celui de M. Quénu et un auquel il a eu recours le 15 novembre dernier.

Eh bien! examinons les faits :

Comment se fait l'exploration chirurgicale de la plèvre et du poumon? Quand on fait la pleurotomie exploratrice, on met le doigt dans la plèvre, on l'explore, on recherche les adhérences, on tâte le poumon, et dès qu'on a trouvé un indice, on fait ou comme moi, c'est-à-dire on referme la plèvre et, par-dessus, les muscles et la peau; puis on recommence l'opération dans le point où l'adhérence signalée indique le siège de la lésion et on ouvre le foyer sans avoir à s'inquiéter en aucune façon de la plèvre, tout comme, par exemple, on a vu après des laparotomies exploratrices fermer le ventre et aller, en dehors du péritoine, ouvrir un abcès du rein ou faire toute autre opération extra péritonéale dont l'exploration avait démontré la nécessité.

Ceux qui veulent ne pas ouvrir la plèvre, que font-ils? Ils ont le choix entre deux procédés.

Celui de M. Tuffier qui consiste à dénuder la plèvre de l'espace intercostal et à la décoller à partir de cet espace (ce qui est beaucoup plus difficile que de commencer par réséquer la côte), puis à réséquer la côte et regarder. Si on constate dans ce point une adhérence, c'est qu'on est au niveau du foyer : plus besoin de décollement. Mais si le poumon paraît sain au-dessous, que va-t-on faire? Décoller la plèvre pariétale, mais de quel côté? En haut, en bas, en dedans, ou en dehors?

M. Tuffier allègue comme excuse que les adhérences ne sont pas loin : quatre travers de doigt dans son cas; trois dit-il, dans celui de M. Quénu. J'avoue que je trouve au contraire que c'est très loin : car il aurait dû, dans ces conditions, puisque nous ne pouvons pas savoir les raisons qui le font décoller plutôt d'un côté que de l'autre, il aurait dû décoller quatre travers de doigt tout autour de l'incision primitive comme centre, ce qui aurait fait un décollement de près de 20 centimètres de diamètre.

Dans le procédé de M. Quénu, on commence par faire une large résection de plusieurs côtes. De cette manière on a effectivement plus de chance d'avoir le foyer morbide dans le champ opératoire. Mais s'il n'y est pas, ce foyer morbide, dans le champ opératoire, il faut aller le chercher. Et alors nous retombons dans le procédé précédent.

Je pense donc avoir prouvé que ce procédé du décollement, avec ou sans désossement préalable, n'est pas un procédé rationnel et par conséquent ne doit pas être suivi.

M. Tuffier examine ensuite les accidents imputables à chacun des deux procédés; il reproche à celui qui ouvre la plèvre d'exposer à des infections pleurales et il en cite un ou deux exemples qui lui sont personnels : à cela je répondrai qu'il n'a pas été aseptique. Mon malade n'a pas eu la plus petite réaction pleurale, quoique j'aie promené mon doigt dans la plèvre; M. Monod ni M. Ricard n'en ont eu davantage.

Je m'étais demandé comment se comblerait la cavité à parois rigides formée par ce décollement pleural, M. Tuffier me répond en citant l'exemple de son opéré de tuberculose pulmonaire d'il y a quatre ans; mais, dans ce cas, il n'y avait pas d'abcès à ouvrir au niveau de ce foyer de décollement, et le poumon a été fixé aux côtes, ce qui est une façon de combler la cavité. Les deux cas ne sont pas comparables.

Je conclurai en disant que le décollement de la plèvre est inutile et toujours inférieur à l'incision exploratrice de la plèvre.

Des injections de sérum artificiel dans la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. — M. Pozzi. M. Berlin (de Nice) nous a envoyé une observation très intéressante d'accidents nerveux post-opératoires graves traités et guéris par une injection intraveineuse de 1.400 grammes de sérum artificiel. Il s'agit d'une malade ayant des antécédents nerveux très caractérisés, à laquelle je pratiquai l'hystérectomie vaginale, le 16 janvier 1895. Les accidents, caractérisés par la petitesse et la fréquence du pouls, des vomissements, de l'agitation, survinrent dès le deuxième jour et aboutirent à un collapsus complet le 20 janvier. C'est alors que M. Berlin pratiqua une injection de 1.400 grammes de sérum artificiel. Le résultat fut excellent : le pouls reprit de la force, les accidents se calmèrent et la malade finit par guérir.

Il s'est évidemment agi dans ce cas de troubles nerveux provoqués par une septicémie. L'injection de sérum a été suivie d'un excellent effet, et nous devons retenir qu'elle a été pratiquée directement dans les veines et en grande quantité, non seulement sans aucun trouble, mais encore avec avantage.

M. Segond. Je pratique souvent des injections de sérum artificiel, mais je les fais de préférence dans le tissu cellulaire. Relativement à la pathogénie des accidents, je demanderai à M. Pozzi de me dire quand la malade a été à la selle.

M. Bouilly. L'observation de M. Berlin me paraît très importante parce qu'elle vise les traitements des infections par les injections de sérum artificiel. Les accidents relevés dans ce cas, sont dus, sans aucun doute, à une septicémie péritonéale aiguë post-opératoire et ils ont été amendés à la suite de l'injection intraveineuse. Il serait certainement intéressant d'étudier la question du traitement des infections par le sérum artificiel.

M. Monod. J'ai fait pratiquer dans mon service, par mon interne, M. Beaussenat, des injections intraveineuses de sérum artificiel et cela sans le moindre inconvénient.

M. Michaux. J'ai eu recours à des injections intraveineuses de 1.000 à 1.200 grammes dans des circonstances différentes. Pour des septicémies graves j'en ai pratiqué trois fois avec succès. En ce moment, j'ai une malade en traitement à laquelle j'ai injecté 1.200 grammes de sérum pour des accidents graves : au vingt-cinquième jour est survenue une phlébite, preuve de l'origine infectieuse des accidents observés.

A la suite de ces injections, j'ai observé quelques accidents, tels que : vomissements séreux, douleur vive, élévation de la température, etc.

Dans le même ordre d'idées, et dans un cas où j'avais établi un drainage abdomino-vaginal avec un tube de la grosseur du pouce, j'ai fait passer de l'eau salée en grande quantité et cela pour le plus grand bien du malade.

M. Peyrot. Dans deux cas de septicémie, un de mes internes a pratiqué des injections intraveineuses de sérum à dose considérable, et il n'y a pas eu d'accidents.

M. Terrier. Nous abordons en ce moment à la fois trois questions différentes : 1°) faut-il pratiquer les injections de sérum dans les veines ou dans le tissu cellulaire? Pour ma part, cela m'est indifférent, pourvu que l'opération soit faite avec soin;

2° Le sérum arrête-t-il la septicémie? S'il est bon de prendre note des succès que l'on publie, il ne faut pas oublier que des malades guérissent sans sérum, malgré des accidents graves. J'ajoute à ce propos que, pour ma part, j'ai souvent songé à faire de petites saignées et à remplacer le sang toxique retiré, par du sérum, mais je ne l'ai pas fait;

3°) Doit-on faire des irrigations d'eau salée dans le ventre?

Pour moi, je n'ai jamais été frappé des résultats fournis par ces différents procédés. J'ai vu des succès et des échecs dans mon service. Je crois aussi qu'il faut attribuer une grande importance à l'état des reins.

M. Segond. Depuis quatre ans je pratique, et avec le plus grand succès, des injections de sérum sous-cutanées dont j'ai parfois porté les doses jusqu'à 1.500 grammes. Je préfère injecter sous la peau que dans les reins : c'est plus facile et plus inoffensif.

Relativement au diagnostic de la septicémie, je ne le crois pas facile et l'occlusion intestinale domine parfois la scène : d'où l'utilité de l'anus contre nature dans certains cas.

M. Poirier. Avec M. Terrier je crois à l'importance de l'état des reins. Dans un cas où j'ai eu recours à l'injection de sérum, le premier symptôme que j'ai observé a été le rétablissement de la sécrétion salivaire, rénale et cutanée.

M. Th. Anger. J'ai vu M. Lejars avoir recours dans mon service aux injections de sérum dans les circonstances suivantes. Il s'agissait d'un malade de dix-sept ans qui avait reçu un coup de pied dans le ventre : il entra à l'hôpital trente-six heures après. La laparotomie fut aussitôt pratiquée et M. Lejars trouva le péritoine

1. Voir *Semaine médicale*, 1891, page 202.

souillé de matières fécales. La plaie intestinale qui leur donnait passage fut refermée et l'abdomen drainé.

Le lendemain matin, le malade présentait des phénomènes septicémiques graves. M. Lejars fit une injection intraveineuse de 1 litre 1/2, injection qui fut suivie de trois autres semblables dans les vingt-quatre heures. Pendant les jours suivants, le malade reçut 4 litres 1/2 de sérum par vingt-quatre heures, si bien qu'on lui injecta en tout 25 litres 1/2 de sérum. Il y eut une diurèse et une diarrhée considérables et la guérison survint.

M. Pozzi. M. Segond m'a demandé quel jour ma malade avait été à la selle. Opérée le 16 janvier, elle n'y alla que le 23, mais je ferai observer que l'injection intraveineuse fut pratiquée le 20, que la malade alla mieux aussitôt et que, par conséquent, la selle a été la conséquence et non la cause de l'amélioration. D'ailleurs si j'admets la paralysie intestinale, je la crois secondaire à la péritonite : elle en est un des meilleurs signes de début.

Relativement à la pratique des injections intraveineuses, je me demande si les injections sous-cutanées, telles que je les fais pratiquer dans mon service, ne donnent pas d'aussi bons résultats à meilleur compte. Il me semble aussi qu'elles agissent à dose moindre et qu'alors le mécanisme de leur action s'explique par un effet dynamogénique.

Fistule urétéro-vaginale. Urétéro-néo-cystostomie. Guérison. — **M. Routier** présente une malade à laquelle il a fait une urétéro-néo-cystostomie pour une fistule urétéro-vaginale consécutive à un accouchement.

Extirpation d'un anévrysme poplité. — **M. Pierre Delbet** présente un anévrysme poplité et le malade auquel il l'a enlevé.

La tumeur remplissait complètement le creux poplité et paraissait énorme. Mais le sac avait des parois souples et élastiques. Vide, il n'a plus guère que le volume d'un œuf de poule.

L'opération s'est faite régulièrement. La libération de la veine poplitée très volumineuse, de la saphène externe et d'une des branches collatérales a été assez délicate. Il a pu cependant les récliner sans les blesser. En disséquant le sac, il a sectionné et lié une petite branche qui s'ouvrait dans son intérieur. A la partie supérieure, il contourne tout le sommet du sac sans trouver l'artère ; il la cherche alors en bas, où il la trouve facilement. Après l'avoir liée et coupée, M. Delbet fait basculer le sac de bas en haut et arrive sur le bout supérieur qui est tout près de l'inférieur qui est lié et sectionné.

La bande d'Esmarch enlevée, il se produit une hémorrhagie formidable. La ligature du bout supérieur avait lâché. Le vaisseau est pincé et lié solidement. Il n'y eut pas d'autre ligature à faire. Suture totale sans drainage.

Les suites n'ont présenté aucun incident. Les fils ont été enlevés le huitième jour. La réunion était si parfaite qu'il n'y eut pas besoin de mettre un second pansement.

L'opération a été faite le 27 novembre ; le malade est sorti le 12 décembre, soit quinze jours après, complètement guéri. F. Jayle.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

20 décembre 1895.

Épithélioma du larynx. — **M. Angelesco** présente une tumeur enlevée par M. Marchand à l'hôpital Saint-Louis.

Il s'agissait d'une femme de soixante-trois ans, présentant depuis quelque temps des troubles de la déglutition, de la gêne respiratoire et de l'aphonie. La palpation digitale permit de constater une tumeur du larynx. M. Marchand pratique la laryngotomie sous-hyoïdienne, après avoir trachéotomisé la malade. Il retire une grosse tumeur qui siégeait au niveau de l'épiglotte. La mort survint quelques jours après du fait d'une bronchopneumonie, de gangrène pulmonaire et d'œdème susglottique.

L'examen microscopique montra que l'on avait affaire à un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques. On ne retrouve plus le cartilage de l'épiglotte.

Malformations par oligamnios. — **M. Apert** présente les photographies d'un enfant nouveau-né atteint de malformations congénitales multiples, résultant de la compression exercée sur lui par les parois utérines pendant la vie fœtale, à cause de l'insuffisance du liquide amniotique. La colonne vertébrale présente de la scoliose à concavité droite, le thorax est déformé par la pression des bras, et présente à sa partie antérieure une gouttière où vient se loger l'avant-bras gauche. Les deux mains sont botes. Les membres inférieurs sont presque complètement ankylosés en flexion, et les deux pieds s'emboîtent l'un dans l'autre et emboîtent en même temps les fesses par leur face plantaire. Il existe en outre une éventration de la paroi latérale gauche de l'abdomen. L'enfant a vécu six semaines.

Achondroplasie. — **M. Apert** présente aussi un fœtus dont les quatre membres sont considérablement raccourcis et qui rentre dans le type des achondroplasiques décrit par Depaul, Parrot et Porak.

Ces deux cas, bien différents l'un de l'autre, et bien distincts aussi des lésions rachitiques, auraient cependant été tous deux décrits autrefois sous le nom de rachitisme intrautérin. En réalité, le véritable rachitisme ne s'observe pas avant l'âge de quatre mois au plus tôt. R. Marie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

20 décembre 1895.

Le méningisme chez l'enfant. — **M. Comby.** A l'occasion de l'observation de *méningisme* présentée par M. Huchard, dans la dernière séance, je demande à citer quatre cas personnels de *pseudo-méningite* chez des enfants de quatorze ans (2), de quatre ans et demi, et de neuf mois.

Chez ces quatre malades, j'avais posé le diagnostic ferme de *méningite tuberculeuse*, parce qu'ils présentaient tous les quatre les symptômes classiques de cette terrible maladie. Le premier avait, en outre, des symptômes de méningite cérébro-spinale.

Or ces quatre enfants, contrairement aux prévisions de l'entourage et des médecins, ont parfaitement guéri. Eclairé par les faits analogues publiés depuis quelques années, et qui se trouvent résumés dans la thèse toute récente d'un de mes élèves, le Dr Roesch (Paris, novembre 1895), j'ai reconnu l'erreur de diagnostic que j'avais commise, et j'ai pensé qu'il s'agissait de ces états méningitiques attribuables tantôt à l'hystérie, tantôt à une intoxication, que le Dr E. Dupré a proposé de réunir sous le nom de *méningisme* (Congrès de Lyon, 1894), de même que Gubler avait décrit, sous le nom de *péritonisme*, les symptômes similaires observés du côté du péritoine.

Le méningisme peut s'observer chez les enfants de tout âge; sur mes 4 cas, 2 concernaient des enfants de quatorze ans (garçon et fille), 1 se rapporte à un garçon de quatre ans et demi, le quatrième a trait à un enfant de neuf mois que j'ai vu en consultation avec le Dr Mazeron, de la Creuse.

Dans 2 cas, la grippe avait précédé les accidents méningés; le troisième avait été annoncé par une chorée, le quatrième avait débuté brusquement, sans aucun prodrome.

Faut-il donc renoncer à l'espoir de parfaire le diagnostic de la méningite tuberculeuse?

Pour résoudre le problème, on a proposé, en Allemagne, la ponction de Quincke, qui consiste à pénétrer dans le canal rachidien, entre deux vertèbres lombaires, et à en retirer une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien pour le soumettre à l'examen bactériologique. Or, quelquefois, cette ponction est *sèche* et partant inefficace. D'autres fois, elle réussit, mais la recherche du bacille de Kock ne donne pas de résultat, quoique la méningite soit réellement tuberculeuse.

Pour ma part, et quoiqu'on ait déclaré cette opération inoffensive, j'hésite à l'employer d'une façon habituelle et courante.

M. Hayem. Le méningisme est assez fréquent non seulement chez les enfants mais encore chez les adultes. Je l'ai observé souvent, il m'a toujours semblé que le diagnostic est assez facile : souvent la fièvre fait défaut; dans d'autres cas, le pouls est absolument différent; le diagnostic se fait en outre par l'examen du sang, dans la méningite tuberculeuse, la leucocytose est constante. Cependant, quand il existe une complication inflammatoire il est évident que cette leucocytose est sans valeur; mais dans les cas de méningisme hystérique, l'examen du sang tranche la question.

Un cas de guérison de péritonite tuberculeuse par le lavage du péritoine avec l'eau stérilisée chaude. — **M. Rendu**, au nom de **M. Caubet**, de Toulouse, communique une observation de péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Après avoir évacué le liquide par ponction, M. Caubet a injecté dans le péritoine 10 litres d'eau stérilisée et portée à la température de 46 degrés. Peu de temps après, la convalescence s'affirma et à l'heure actuelle la guérison est complète.

Cette méthode met à l'abri des inconvénients, signalés par M. Netter, des injections de naphtol camphré et a l'avantage de provoquer la phagocytose sans altérer les éléments anatomiques.

M. Siredey. Cette observation est passible d'une objection; c'est que fréquemment la péritonite tuberculeuse guérit spontanément; un cas que je viens de suivre dans mon service me confirme dans cette opinion.

M. Rendu. Je crois qu'il est imprudent de se fier à la possibilité d'une guérison spontanée.

Je viens de soigner à l'hôpital Necker une femme atteinte de péritonite à forme ascitique; pendant plusieurs mois un simple traitement palliatif fut institué, puis la situation restant la même, je fis une ponction, suivie d'une injection de 5 grammes de naphtol camphré; cette intervention, trop tardive, ne produisit aucune amélioration; de sorte que quelque temps après je me décidai à faire opérer ma malade par M. Routier. La laparotomie fut pratiquée, le péritoine fut lavé, modifié par des attouchements avec de l'iodoforme. Le résultat fut très encourageant, et actuellement la guérison est prochaine.

M. Merklen. L'histoire clinique d'une de mes malades me rend très sceptique sur l'efficacité du traitement chirurgical. Il s'agit d'une femme ayant présenté un ensemble de symptômes simulant le kyste de l'ovaire; la laparotomie fut pratiquée, et on découvrit l'existence d'une véritable granulie péritonéale; on fit la toilette du péritoine avec une solution de sublimé; aucune amélioration ne se produisit. La malade partit au bord de la mer; quelque temps après, je fus forcé de pratiquer une ponction; ce fut la dernière. Sous l'influence d'une hygiène favorable la malade guérit.

M. Rendu. Il est très possible de confondre un kyste de l'ovaire avec une péritonite tuberculeuse, dans le cas que j'ai observé, des adhérences multiples circonscrivaient une vaste collection liquide, simulant ainsi un véritable kyste.

M. Hayem. Il est vrai que la péritonite tuberculeuse est spontanément curable; mais ce fait ne doit pas encourager à l'expectation. Il faut tenter de modifier le péritoine; pour cela, M. Caubet a employé l'eau stérilisée. Il ne faut pas croire, en effet, que l'eau ne produit aucune action sur les éléments anatomiques; l'eau salée seule est physiologique; l'eau simplement stérilisée attaque toujours la vitalité des éléments anatomiques.

M. Siredey. M. Follet, de Lille, a insufflé de l'air stérilisé; dans cette pratique, les éléments anatomiques doivent également être lésés.

Bactériologie des angines de la scarlatine. — **M. Lemoine.** J'ai analysé 100 cas d'angines scarlatineuses observées au début de l'infection. Pour recueillir les parcelles à examiner, je ne me suis pas contenté de prendre du mucus ou des fausses membranes; j'ai ponctionné directement l'amygdale après cautérisation préalable par une pointe de feu. Dans tous les cas j'ai trouvé le streptocoque, 93 fois à l'état de purité, 7 fois associé, 5 fois avec le bacille de Lœffler, 2 fois avec le colibacille.

Comme particularité clinique, il faut noter que ces deux associations produisent la même symptomatologie. Quel est le streptocoque observé ? Je pense qu'il n'y a qu'une seule variété de streptocoque, mais que la virulence de ce microbe varie en raison de son origine (mucus, fausses membranes, tissu de l'amygdale).

Traitement de l'ictus laryngé par l'antipyrine. — **M. Merklen.** Je désire rapporter deux nouvelles observations (l'une de M. Lermoyez, l'autre de M. Cueffer de Montbéliard) concernant des malades présentant le syndrome de l'ictus laryngé. Les accès survenaient à intervalles assez rapprochés à la suite du traitement par l'antipyrine ; l'ictus laryngé disparut, mais les phénomènes concomitants (coryza, laryngite, pharyngite) ont persisté.

Cet ictus laryngé, provoqué par des causes locales diverses, est donc une névrose, comparable à l'asthme essentiel, et justiciable également du traitement par les nervins.

Un cas de mort par obstruction intestinale due à des matières fécales amoncelées dans le cæcum. — **M. Hirtz.** Je désire vous communiquer l'observation d'un malade dont l'histoire clinique peut se résumer ainsi : dilatation de l'estomac, abattement général; constipation opiniâtre qui attira un instant l'attention. La mort survint sans cause connue. A l'autopsie on découvrit un amoncellement considérable de matières stercorales dans le cæcum; et une dilatation de l'intestin grêle.

L'intérêt de cette observation réside en ce fait que l'amoncellement s'est fait dans le cæcum, alors que cet organe était sain.

M. Mathieu. J'ai observé récemment un cas analogue.

Un malade de dix-huit ans, myxœdémateux (ablation chirurgicale du corps thyroïde) présenta tous les signes d'une obstruction intestinale. Je fis des lavages de l'estomac, des lavages du gros intestin, par le procédé de MM. Lesage et Dauriac. L'intervention chirurgicale fut néanmoins nécessaire ; elle fut pratiquée par M. Walter; l'obstacle fut levé, le malade guérit; peu de temps après des nouveaux accidents d'obstruction éclatèrent, cette fois le malade succomba. A l'autopsie, on trouva le gros intestin véritablement monstrueux, rempli de matières fécales.

Peut-être l'état névropathique du malade (myxœdème) doit-il être incriminé, comme cause de cette atonie intestinale. E. de Massary.

BIBLIOGRAPHIE

Ausset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. — *Séméiologie générale de l'estomac*. 1 vol. in-18 jésus, avec figures. Prix : 4 fr. (Battaille et Cie, éditeurs).

J. Bertillon. — *Cours élémentaire de statistique administrative*. 1 fort vol. in-8° de de 600 pages, avec plans et gravures. Prix : 10 fr. (Société d'éditions scientifiques).

H. Boucher. — *Etudes sur les entités morbides*. Lois de morbidité. 1 vol. in-18, de 212 pages. Prix : 3 fr. (Octave Doin, éditeur).

Brocq et **Jacquet.** — *Précis élémentaire de dermatologie*. 1 vol. pet. in-8°, de l'Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire. Prix : 2 fr. 50 (Georges Masson, éditeur).

Paul Langlois, chef du laboratoire de Physiologie à la Faculté de médecine de Paris. — *Précis d'hygiène publique et privée*. 1 vol. in-18 jésus, de 500 pages, avec 83 fig. Prix : 6 fr. (Octave Doin, éditeur).

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.
4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

PUISSANT RÉPARATEUR *Quintuplant les Forces vitales.* **Kola-Bâh-Natton** *SEULE EXPÉRIMENTÉE AVEC SUCCÈS DANS LES HOPITAUX* **ANTIDÉPERDITEUR**, Régulateur du Cœur.
Élixir, Vin, Pastilles, Extrait Fluide Kola-Bâh Granulée
33, R. Bons-Enfants, Paris ET PHARMACIES.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME
SOLUTION PAUTAUBERGE
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

GLYCÉROPHOSPHATES
Phosphate vital
de JACQUEMAIRE
Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indiqué dans: *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.*
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

L'APIOL DES Drs JORET & HOMOLLE régularise les ÉPOQUES.

LE **RÉGIME LACTÉ** modifié comme suit est toujours bien toléré :
LAIT *sucré à volonté*, 1 VERRE.
POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 CUILLERÉE.
Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

LYSOL LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON
ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU
FLACON D'ECHANTILLON franco à MM. les médecins qui en font la demande.
Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS

Airol
Marque "GRIFFON"
Antiseptique interne et externe
a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.
L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

CARBONATE de CRÉOSOTE Marque **"GRIFFON"** GARANTI CHIMIQUEMENT PUR

Le CARBONATE de CRÉOSOTE et le CARBONATE de GAÏACOL *(Marque "GRIFFON")*
N'irritent pas, comme la **Créosote** et le **Gaïacol**, les *voies digestives*, et sont facilement supportés par tous les malades.
TUBERCULOSE, BRONCHITES CHRONIQUES, PLEURÉSIE, etc.
EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES
EXIGER la MARQUE "GRIFFON"

CARBONATE de GAÏACOL Marque **"GRIFFON"** GARANTI CHIMIQUEMENT PUR

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER
Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.
3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Solution — Poudre titrée — Cachets de
CREOSAL DUBOIS
Le **Créosal** est le nom d'une série de préparations titrées à base de **tannate de créosote** (composé nouveau qui renferme 60 % de créosote et 40 % de tannin) dont on a **modifié la saveur et corrigé l'extrême astringence ; bien toléré à doses massives. — Diluer dans l'eau la solution et la poudre.**
DOSES. — ADULTES : 4 à 6 cuillerées ou cachets par jour. — ENFANTS : 1 cuillerée à café par année d'âge dans une journée.
NOTA. — Le Créosal étant précipité de ses solutions par presque toutes les substances étrangères, on ne doit jamais l'associer *à d'autres* médicaments.
Le Créosal a donné d'excellents résultats dans les
TUBERCULOSES, BRONCHITES, etc.
PARIS, 56, quai Jemmapes et toutes les Pharmacies.